Lane Medical Library

Aus der Heidelberger Universitäts-Frauenklinik
stellv. Direktor: Prof. Schultze-Rhonhof

Ueber die Zunahme der Extrauteringravidität während der letzten Jahre und deren Ursache.

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Ruprecht-Karls-Universität
zu Heidelberg

vorgelegt von

Hugo Heimprecht
aus Mannheim

Gedruckt
im Tageblatt-Haus Coburg
1935

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität Heidelberg.

Dekan: Referent:

Prof. Dr. Schneider Prof. Schultze-Rhonhof

1935

Ueber die Zunahme der Extrauteringravidität während der letzten Jahre.

In letzter Zeit fällt uns auf, daß die Extrauteringravidität, die früher ein relativ seltenes Ereignis war, fast zum alltäglichen geworden ist. Um diesen Eindruck, dem man sich nicht entziehen kann auf seine Richtigkeit nachzuprüfen und nicht einer Erinnerungstäuschung zu erliegen, untersuchten wir diese Frage an Hand des klinischen Materials aus den Jahren 1910 bis 1933. Wir hofften dabei auch möglicherweise neue Gesichtspunkte für die Aetiologie und Prophylaxe dieser Erkrankung aufzudecken.

Schon im Jahre 1924 hat Graefe an Hand des Materials der Stadt Halle zur gleichen Frage Stellung genommen. Auch er beobachtete eine Zunahme der Fälle von Extrauteringravidität. Er führte den Nachweis durch Gegenüberstellung der Zahl der operierten Fälle von ektopischer Schwangerschaft zur Zahl der in der Klinik aufgenommenen gynäkologischen Fälle. Jedoch erscheint uns die Wahl dieser Bezugszahl nicht richtig. Hierfür kann nur die Geburtenzahl in Frage kommen. Denn mit dem jährlichen Steigen und Fallen der Schwangerschaftszahlen überhaupt, muß eine gleichartige Bewegung der ektopischen Gravidität Hand in Hand gehen.

Man müßte für einen solchen Vergleich die Zahl aller ausgetragenen, aller frühreifen und aller unreifen Früchte erfassen. Die Zahl der Fehlgeburten zu erfassen, ist jedoch unmöglich, denn über die Häufigkeit des Abortus eine auch nur leidlich verläßliche Zahl zu gewinnen, ist ausgeschlossen.

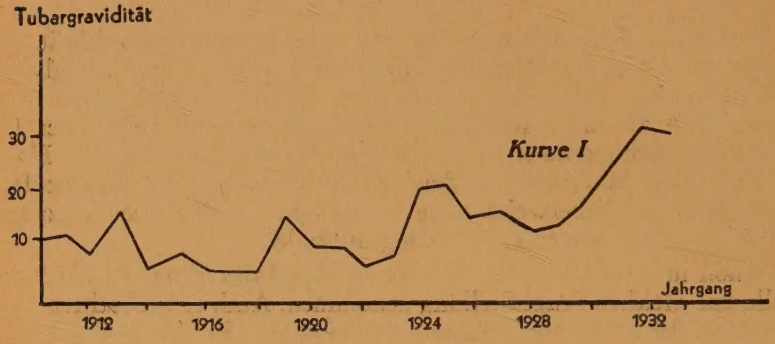
Bei unserer Untersuchung wurden zunächst die Fälle von Extrauteringravidität der Klinik und die der normalen Geburten in dem Bezirk Heidelberg Stadt und Land nach Jahren getrennt einander gegenübergestellt. Die Geburtenziffer der Klinik allein wäre für einen solchen Vergleich ungeeignet, gibt sie doch keineswegs ein richtiges Bild der tatsächlichen Geburtenbewegung des Landes.

Natürlich ist ein Einwand möglich. Einerseits rekrutiert sich unser klinischer Krankenbestand nicht nur aus Heidelberg und andererseits finden nicht alle Fälle von Extrauteringravidität unseres Bezirks stets Aufnahme in unsere Klinik. Doch dieses Verhältnis blieb im Laufe der Jahre wohl dasselbe, so daß sich hieraus keine wesentliche Fehlerquelle für die zahlenmäßigen Unterlagen ergibt.

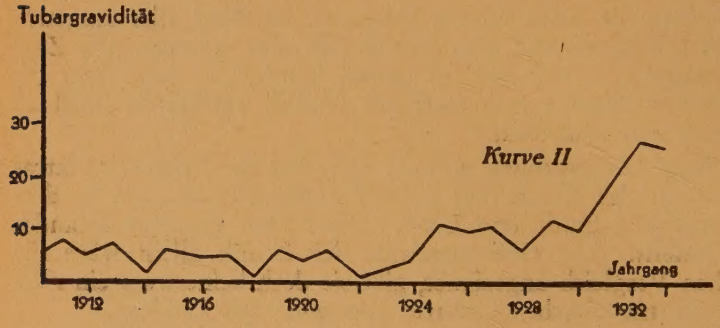
Die Kurve I veranschaulicht die Zahlen der der Klinik in den einzelnen Jahren zugegangenen Extrauteringraviditäten, bezogen auf

1000 Geburten des Kreises Heidelberg, während der Jahre 1910 bis 1933. Hierbei sind die Jahreszahlen auf der Horizontalen, die Zahlen der Eileiterschwangerschaften auf der Vertikalen abgetragen.

Zwei Beobachtungen erscheinen hier bemerkenswert: Die geringe Häufigkeit der ektopischen Schwangerschaft während der Kriegsjahre und ein stufenförmiger Anstieg in den Nachkriegsjahren.



Noch viel klarer wird dieses Bild in der Kurve II, in der nur die operierten und dadurch anatomisch gesicherten Bauchschwangerschaften verwertet worden sind.



Diese Fälle sind es ja auch, die uns am stärksten beeindrucken, und gerade ihre Zunahme lenkte unser Augenmerk auf die eingangs erwähnte Fragestellung. Allerdings neigt man heute auch bei nicht dringenden Fällen mehr zur Operation, schon weil dieser Weg rascher zur Genesung und Arbeitsfähigkeit führt als der langsame der Hämatocelenresorption.

Betrachtet man die Veröffentlichungen über die ektopische Schwangerschaft während der letzten Jahre, damit also auch die Verhältnisse an anderen Kliniken, so erweist sich die Zunahme der Extrauteringravidität als eine allgemein verbreitete Tatsache. So berichtet uns auch dies Rübsamen aus Dresden für die ersten Nachkriegsjahre gegenüber den Kriegsjahren. Auch Graefe aus Halle, Engelmann aus Dortmund, Testa aus Italien, Parssanov aus Rußland berichten das Gleiche; überall besteht eine starke Zunahme der Extrauteringravidität.

Ueber die Aetiologie der Extrauteringravidität.

Von der Aetiologie der Extrauteringravidität haben wir heute ein schon ziemlich klares und festumrissenes theoretisches Bild. Eine Tubargravidität entsteht dann, wenn das Ei nicht seinen normalen Weg vom Ovar zum Uterus zurücklegt. Daran kann sowohl das Ei als Transportobjekt als auch die Tube als Transportmittel schuld sein.

Von Seiten des Eies muß die Möglichkeit einer pathologischen Entwicklung theoretisch zugegeben werden. Wahrscheinlich ist sie nicht, Beweise dafür haben wir keine, die bisherigen Untersuchungen haben nichts Positives ergeben. Allerdings stehen den Untersuchungen hier auch fast unüberwindliche Schwierigkeiten entgegen.

Als zweiter aetiologischer Faktor käme die Tube selbst in Frage. Alles, was wir bis heute an mit Tatsachen begründeten Untersuchungsergebnissen haben, spricht dafür, daß hier die Ursachen zu suchen sind. Hierbei können Funktionsstörungen von — man kann fast sagen — angeborener Natur (Unterentwicklung, Mißbildung) und erworbener Art (entzündliche oder traumatische Veränderungen) in Frage kommen. Mißbildung können an Zahl in dieser kurzen Beobachtungszeit und zumal in so sprunghafter Weise nicht ab- bzw. zugenommen haben. Auch für Unterentwicklung ist dies weniger wahrscheinlich, zumal ein Anhalt dafür, daß gerade die Frauen an ektopischer Schwangerschaft erkranken, deren Entwicklungsjahre mit der schlechten Ernährung der Kriegsjahre zusammenfielen, nicht besteht. Sie können also für die Zunahme der Extrauteringravidität nicht verantwortlich sein. Ebensowenig die erworbenen Störungen auf traumatischer Basis. Es bleiben also nur die erworbenen Störungen auf entzündlicher Basis übrig, und daß diese zugenommen haben, das ist bekannt.

Der Gedanke, daß vielleicht das höhere Heiratsalter der Frauen in den letzten Jahren, verbunden mit dem niedrigen Heiratsalter vieler Kriegsehen, für die Extrauteringravidität von ursächlicher Bedeutung wäre, erwies sich nicht als richtig. Während all der untersuchten Jahre blieb das Durchschnittsalter der gebärenden Frauen

konstant bei zirka 27 Jahren und das der Frauen mit Bauchschwangerschaft bei etwa 31 Jahren, wobei letztere entweder noch ganz jung (Anfang der Zwanzig) oder schon älter (Ende der Dreißig) waren.

Unter den oben erwähnten aetiologischen Gesichtspunkten haben wir auch unser Material durchgesehen, d. h. unter Berücksichtigung der Anamnese und des anat. histologischen Befundes. Wir benutzten hierzu die Jahre 1931—1933. Hiervon waren 66 Fälle für die weiteren Untersuchungen so vollständig erfaßbar, daß sie verwertet werden konnten.

Hierbei darf man nicht vergessen, daß bei den Angaben der Frauen uns vieles verschwiegen wurde, sei es aus Absicht (krimineller Abortus), sei es aus Nachlässigkeit und Indolenz. So wurde z. B. bei histologisch gesicherter schwerer Salpingitis, bei mikroskopisch gesicherter Gonorrhoe später, zur Zeit dieser Untersuchungen, ein früherer Ausfluß negiert.

Ferner wurde die exstirpierte Tube nicht in vielen Serienschnitten, sondern nur in ganz wenigen Einzelschnitten untersucht, wobei uns sicherlich öfter entzündliche Veränderungen oder deren Residuen entgingen.

In der Anamnese wurde nach Erkrankungen des Genitales irgend welcher Art gefahndet, welche eine Veränderung der Schleimhaut hinterlassen konnten. Also nach Gonorrhoe, starkem Fluor (anamnestisch meist nicht mehr feststellbarer Genese), Adnexprozessen, höheren fieberhaften Erkrankungen nach Geburten oder Fehlgeburten, Ausschabungen und anatomisch gesicherter chronischer Appendicitis.

Hierbei ergab sich in 46 Fällen, d. h. in 71 % eine frühere Affection des Genitales. Unter diesen 46 Fällen war am häufigsten Abortus, teils afebril und aktiv mit Ausschabung, teils febril und konservativ behandelt. Auch fanden sich des öfteren Fluor allein oder nur eine Abrasio allein (nach Angabe der Frauen wegen „Blutungen" vorgenommen). Seltener waren fieberhafte Erkrankungen post partum oder post abortum, während chronische Appendicitis oder gesicherte Gonorrhoe nur in je zwei Fällen feststellbar waren. Oft fand sich bei gleichen Fällen mehrere obiger Ursachen gleichzeitig vor, z. B. Fluor bei chronischer Appendicitis oder nach Wochenbettfieber, Abortus mit Abrasio usw.

Infolge dieser erwähnten ungünstigen Untersuchungsbedingungen muß der oben gefundene Prozentsatz sicherlich als niedriger als den Tatsachen entsprechend erkannt werden.

Wenn sich trotz dieser erschwerenden Vorbedingungen ein so großer Prozentsatz einer vorausgegangenen Genitalaffection findet, so besteht kein Zweifel darüber, daß hier die verantwortlichen Ursachen der Extrauteringravidität sind.

Ob die heute vielfach angewandten antikonzeptionellen Mittel chemischer Art oder auch nur Spülungen für die ektopische Schwangerschaft aetiologisch in Frage kommen, ließ sich nicht feststellen, da fast durchweg unsere Fragen danach erfolglos blieben, sei es, daß diese Mittel wirklich nicht angewandt wurden oder daß es die Patientinnen aus falschem Argwohn negierten.

Es besteht unseres Erachtens kein Zweifel, daß die Extrauteringravidität in der Regel eine Folge vorausgegangener Genitalerkrankungen ist, welche Schleimhautveränderungen nach sich gezogen haben, die für immer oder nur für die Zeit der Entstehung der Bauchschwangerschaft bestanden. Ausnahmen beruhen auf Unterentwicklung und Mißbildung des Genitales. Für die Zunahme der ektopischen Schwangerschaft ist in erster Linie die Zunahme des Abortus, der Ausschabungen, dann der Adnexprozesse und vielleicht auch entzündliche Folgezustände nach antikonzeptionellen Maßnahmen wie Spülungen, Intrauterinpessare usw. verantwortlich.

Ueber die Therapie der Extrauteringravidität.

Was die Therapie anbelangt, so gehen wir auch bei nicht akutdringlichen Fällen bei gesicheterer Diagnose grundsätzlich operativ vor. Die Resultate haben uns auch recht gegeben. In den untersuchten Jahren sind von 628 in die Klinik eingelieferten Fällen nur 13 zum Exitus gekommen. Zwei wurden sterbend in die Klinik eingeliefert, fünf extrem ausgeblutete Fälle starben sofort nach der Operation, vier starben an Darmparalyse resp. Peritonitis und zwei an postoperativer Pneumonie. Fast immer nahmen wir die Reinfusion des Blutes aus der Bauchhöhle vor, wodurch wir auch schwerst ausgeblutete Fälle durchbringen konnten. Von den an Anaemie Verstorbenen, kamen die Patientinnen zum Teil in Agonie auf den Operationstisch.

Ueber die nochmalige Conception und deren Verlauf.

Von unseren 66 Fällen haben in einer Beobachtungszeit von durchschnittlich zwei Jahren 15 Frauen nochmals concipiert. Von diesen machten vier eine normale Geburt, sechs eine Fehlgeburt (uns unbekannter Ursache) und fünf eine nochmalige Extrauteringravidität durch. 7 Frauen hatten vor der hier angeführten Extrauteringra-

vidität schon früher einmal eine Bauchschwangerschaft durchgemacht. Bei längerer Beobachtungszeit und bei in jedem Falle bestehendem Wunsch zur Conception, dürften sich diese Zahlen noch erhöhen. Bei einem Falle aus früheren Jahren stießen wir auf eine dreimalige Extrauteringravidität, die das erste Mal konservativ, das zweite und dritte Mal operativ behandelt wurde.

Ueber die Indikation zur Resektion der gesunden Tube bei der Laparotomie.

Aus all diesem läßt sich entnehmen, daß wir bei einer nochmaligen Conception sehr stark — mit ein Drittel Wahrscheinlichkeit — mit einer nochmaligen Extrauteringravidität zu rechnen haben. Daraus ergibt sich die Frage, ob wir um diese zu vermeiden, bei der Laparotomie nicht die „gesunde" Tube gleich mitresezieren sollen. Diese Frage ist zu verneinen, denn die Prognose der Extrauteringravidität ist relativ gut, sodaß kein Grund dazu besteht der Frau die Aussichten auf Kinder ganz zu nehmen, selbst auf die Gefahr einer neuen Bauchschwangerschaft hin.

Am Schlusse meiner Arbeit ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Prof. Schultze-Rhonhof für die Ueberlassung der Arbeit und gütige Uebernahme des Referats zu danken.

Literatur.

Engelmann: Ueber die Notwendigkeit und Erfolge der Frühoperation der Eileiterschwangerschaft. Med. Kl. 1923 Nr. 16.

Graefe: Ueber die Zunahme der Eileiterschwangerschaft in den letzten zwei Jahren und ihre mutmaßlichen Ursachen. Zbl. f. Gyn. 1924 Nr. 15.

Parssanov: zitiert nach Halban-Seitz.

Rübsamen: Zur Klinik und Therapie der Extrauteringravidität. Sitzung der gyn. Gesellschaft zu Dresden am 18. 3. 20. ref. Zbl. f. Gyn. 1920.

Schmidthals: Ueber den Einfluß der Zunahme der Gonorrhoe infolge des Krieges auf die Extrauteringravidität. Inaug. Dr. Diss. 1932 Greifswald.

Testa: zitiert nach Halban-Seitz.

Halban-Seitz: Handbuch der Biologie und Pathologie des Weibes.

Lebenslauf.

Am 22. Juli 1910 wurde ich als Sohn des Volksschulrektors Artur Heimprecht in Mannheim geboren, wo ich Volksschule und Realgymnasium besuchte. Nach Ablegung der Reifeprüfung im Jahre 1928 belegte ich das erste Semester in Heidelberg, das zweite bis sechste in München, das siebte in Heidelberg, das achte in Freiburg, das neunte bis elfte wieder in Heidelberg. Im Oktober 1930 bestand ich in München die ärztliche Vorprüfung, im Dezember 1933 das medizinische Staatsexamen.